

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

CIRUJANO

DEPRESIÓN EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DE 7-17 AÑOS Y SU RELACIÓN

CON FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE

QUITO – IESS EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2014- FEBRERO 2015

AUTORES:

PATRICIA ELENA GONZÁLEZ MOSQUERA

ELIZABETH KATHERINE ROSALES CARVAJAL

DIRECTOR: DR. JORGE CHALCO.

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. ROSA GOYES

**QUITO, ECUADOR
2015**

TÍTULO: DEPRESIÓN EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DE 7-17 AÑOS Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO – IESS EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2015

LUGAR: HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

AUTORES: PATRICIA ELENA GONZÁLEZ MOSQUERA
ELIZABETH KATHERINE ROSALES CARVAJAL

DIRECTOR: DR. JORGE CHALCO

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. ROSA GOYES

DEDICATORIA I

Con todo mi amor a la razón de mi vida, mis padres, gracias a ustedes puedo cumplir este sueño, tener su apoyo incondicional fue parte fundamental en mi carrera.

A mis hermanos Carlos y Elba María quienes siempre confiaron en mí, y me motivaron a alcanzar mi sueño.

Elena

DEDICATORIA II

A mis padres quienes se han preocupado siempre por mí, me han formado para saber cómo luchar y salir victoriosa ante las adversidades de la vida. Muchos años después, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy, con un nuevo logro exitosamente conseguido.

Quiero agradecerles por todo, no me alcanzan las palabras para expresar el orgullo y lo bien que me siento por tener una familia tan asombrosa.

Katherine

AGRADECIMIENTO

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en especial a la Facultad de Medicina, representada por su Decano, e integrada por los profesores y personal administrativo. Por haber recibido una formación académica de excelencia

Al Dr. Jorge Chalco director de nuestra tesis, por todos sus conocimientos y tiempo entregado durante la elaboración de la tesis.

A la Dra. Rosa Goyes quien fue nuestra Directora Metodológica, quien fue apoyo fundamental para el desarrollo de nuestra investigación.

Al Hospital San Francisco de Quito, en especial al Departamento de Docencia e Investigación y al servicio de pediatría quienes nos facilitaron el permiso y las condiciones para la aplicación de los test a los pacientes.

A todos los niños y sus familias que participaron en esta investigación.

A nuestras familias y amigos que siempre han sido nuestro apoyo.

DEFINICION DE ABREVIATURAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **NIMH:** Instituto Nacional de Salud Mental.
- **DSM V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana. Quinta edición.
- **OR:** Odds Ratio.
- **IC:** Intervalo de Confianza.
- **RR:** Riesgo Relativo.
- **DM:** Depresión Mayor.
- **CRH:** Hormona liberadora de corticotropina.
- **TRH:** Hormona liberadora de tiotropina.
- **TSH:** Hormona tiroestimulante.
- **HC:** Hormona del Crecimiento.

- **GNRH:** Hormona liberadora de gonadotrofina.
- **CDI:** Children's Depression Inventory.
- **SNC:** Sistema Nervioso Central.

RESUMEN

Antecedentes: Debido a la gran prevalencia de depresión en niños hospitalizados se tiene la necesidad de investigar los factores de riesgo implicados para el desarrollo de la misma, ya que la hospitalización está cargada de factores negativos que conllevan a la ruptura de los ambientes y círculos que rodean a todo niño como son el familiar, el escolar y el social.

Objetivos: Determinar la correlación entre depresión y los factores de riesgo en niños hospitalizados de 7-17 años en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el periodo Noviembre 2014 a Febrero 2015.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio Observacional-Descriptivo transversal en el cual se aplicó el test de depresión Children's Depression Inventory, se incluyó a 86 niños de 7 a 17 años que se encontraron hospitalizados en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para el análisis estadístico de nuestro estudio los resultados estadísticos fueron obtenidos mediante el programa SPSS versión 22 en español. Se describieron las variables cualitativas con frecuencias simples y porcentajes. En el estudio de asociación se utilizó Odds Ratio(OR), con intervalos de confianza (IC_{95%}).

Resultados: La mayoría de los niños ingresados presentaron depresión (73.3%), no se encontró relación entre edad y género de los niños y la presencia de depresión, los niños que permanecieron al cuidado de otros familiares que no fueron sus padres presentaron mayor porcentaje de depresión (66.7%), los niños que permanecieron hospitalizados más de 5 días presentaron mayor depresión (60,3%) comparado a los que permanecieron hospitalizados menos de 5 días (39,7%). Respecto a la causa de hospitalización, se evidenció que los niños ingresados por causas clínicas presentaron un mayor porcentaje de depresión (65.1%), mientras que los niños ingresados por causas quirúrgicas presentaron un porcentaje menor de depresión (34.9%).

Conclusiones: Los niños hospitalizados presentan un alto porcentaje de depresión y se puede correlacionar con la presencia de factores hospitalarios y sociales.

Palabras Clave: Hospitalización Pediátrica, depresión infantil, CDI, factores de riesgo, efectos de la hospitalización.

ABSTRACT

Background: Because of the high prevalence of depression in hospitalized children we have the need to investigate the risk factors involved in the development of this pathology, as is known the hospital is full of negative factors that lead to breakdown all the children's environments and circles surrounding them as the familiar, social, and school

Objectives: To determine the correlation between depression and risk factors in hospitalized children of 7- 17 years in the San Francisco de Quito Hospital - IESS in the period from November 2014 to February 2015

Materials and methods: We performed an observational cross-Descriptive study in which test Children's depression Inventory was applied, where were included 86 children of 7-17 years that were hospitalized in the Hospital San Francisco de Quito in the period from November 2014 to February 2015, which fulfilled the inclusion criteria. The statistical analysis of our study were obtained using SPSS version 22 in Spanish. Qualitative variables with simple frequencies and percentages were described. In the study of association Odds ratio (OR) was used, with confidence intervals (95%).

Results: The majority of hospitalized children had depression (73.3%), no relationship between age and gender of children and the presence of depression was found, children who remained in the care of other family members who were not their parents had a higher percentage of depression (66.7%), children who remained hospitalized for more than five days presented major depression (60.3%) compared to those who remained hospitalized less than five days (39.7%). Regarding the cause of hospitalization, it was shown that children admitted for clinical reasons had a higher rate of depression (65.1%), while children admitted for surgical causes presented a lower percentage of depression (34.9%)

Conclusions: Hospitalized children have a high percentage of depression and can be correlated with the presence of hospital and social factors.

Keywords: Pediatric Hospitalization, childhood depression, CDI, risk factors, effects of hospitalization.

Tabla de contenido

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPITULO I	14
INTRODUCCIÓN.-	14
CAPITULO II.....	18
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.-.....	18
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.-	19
2.3 FISIOPATOLOGÍA.-.....	23
2.3.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS.-	23
2.3.1.1 NEUROQUÍMICOS.....	23
2.3.1.2 NEUROBIOLÓGICOS.....	26
2.3.1.3 TEORÍA GENÉTICA.....	27
2.4.- FACTORES DE RIESGO EN LA HOSPITALIZACIÓN.-	28
2.4.1 FACTORES PERSONALES	29
2.4.2 FACTORES FAMILIARES	33
2.4.3 FACTORES HOSPITALARIOS	35
2.5 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.	36
2.5.1 EFECTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS.....	40
2.5.2 SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN....	41
2.6 ENCUESTAS DE EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL	44
2.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	48
2.7.1. CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10.....	49
2.7.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-V	51
2.8 TRATAMIENTO	54
2.8.1 Tratamiento farmacológico	54
2.8.2 Tratamientos psicoterapéuticos	55
CAPITULO III	57
METODOLOGÍA.....	57
3.1 PROBLEMA	57

3.2 OBJETIVOS:	57
3.2.1 Objetivo General	57
3.2.1Objetivos Específicos	57
3.3 HIPÓTESIS	58
3.4 MATERIALES Y MÉTODOS	58
3.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
3.4.2 TIPO DE ESTUDIO	60
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	60
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	61
3.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	63
3.4.4 PLAN DE ANÁLISIS	62
3.4.5 PROCEDIMIENTOS BIOÉTICOS	62
CAPITULO IV	64
RESULTADOS	64
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	64
4.1.1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD	64
4.1.2 DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	65
4.1.3 RESULTADOS RELACIONADOS CON LA ETNIA	66
4.1.4 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL LUGAR DE RESIDENCIA	68
4.1.5 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL NIÑO	69
4.1.6 DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	69
4.1.7 DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍAS	70
4.2 RESULTADOS DEL TEST CHILDREN´S DEPRESSION INVENTORY	72
4.3 CRUCE DE VARIABLES	73
4.3.1 RELACIÓN ENTRE GÉNERO DE LOS NIÑOS Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN	74
4.3.2 RELACIÓN ENTRE EDAD DE LOS NIÑOS Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN	77

4.3.2 RELACIÓN ENTRE CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.....	80
4.3.3 RELACIÓN ENTRE LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.....	82
4.3.4 RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR DEL NIÑO Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.....	86
CAPITULO V	88
DISCUSIÓN	88
CAPITULO VI.....	93
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	97
ANEXOS	102
ANEXO (1).....	102
TEST CHILDREN´S DEPRESSION INVENTORY	102
ANEXO (2).....	104
CONSENTIMIENTO INFORMADO	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No1.- CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10.....	49
Tabla No2.-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-V	51
Tabla No3.- OPERACIONZALIZACIÓN DE VARIBLES.....	60
Tabla No4.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES.....	66
Tabla No5.- DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES.....	67
Tabla No6.- DISTRIBUCIÓN POR ETNIA DE LOS PACIENTES.....	67
Tabla No7.- DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES.....	68
Tabla No8.- DISTRIBUCIÓN POR CUIDADOR DEL PACIENTES.....	69
Tabla No9.- DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES.....	70

Tabla No10.-DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍA DE LOS PACIENTES.....	72
Tabla No11.- DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE DEPRESIÓN.....	73
Tabla No12.- RELACIÓN ENTRE GÉNERO DE LOS PACIENTES Y EL GRADO DE DEPRESIÓN.....	75
Tabla No13.- RR, IC y significancia de depresión dependiendo el género de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015	76
Tabla No14.- RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	78
Tabla No15.- RR, IC y significancia de depresión dependiendo la edad de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.....	79
Tabla No16.- RELACIÓN ENTRE LA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	80
Tabla No17.- RR, IC y significancia de depresión dependiendo la causa de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.....	82
Tabla No18.- RELACIÓN ENTRE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	84
Tabla No19.- RR, IC y significancia de depresión dependiendo los días de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.	85
Tabla No20.- RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	87
Tabla No21.-RR, IC y significancia de depresión dependiendo el cuidador de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No1.- DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN	74
Grafico No2.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN.....	77
Gráfico No3.- CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	81
Gráfico No4.- RELACIÓN ENTRE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN.....	83
Grafico No5.- RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR Y GRADO DE DEPRESIÓN.	86

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.-

La depresión infantil ya fue descrita en 1945 por el psicoanalista René Spitz, sin embargo, solo hasta 1975 este trastorno fue aceptado por el Instituto Nacional de Salud Mental de E.U. (Trapero, Noviembre 2008).

La depresión infantil, es definida como un trastorno del estado del ánimo en lo niños en el que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía de gran intensidad y duración, además de un sentimiento de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, en el cual se encuentran implicados aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales (Loubat, 2008).

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez en su vida. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentarían trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. El período de hospitalización y la enfermedad por la que ingresa, son altamente estresantes para el niño, su familia y el equipo médico. (Ricardo Garcia, 2005).

Debido a la gran prevalencia de depresión en niños hospitalizados se tiene la necesidad de investigar los factores de riesgo implicados para el desarrollo de la misma, ya que la hospitalización está cargada de factores negativos que conllevan a la ruptura de los ambientes y círculos que rodean a todo niño como son el familiar, el escolar y el social (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

La mayoría de las investigaciones muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos, y coinciden en la afirmación de que la hospitalización infantil es una experiencia estresante, pudiendo causar depresión en los niños hospitalizados.

El malestar que caracteriza la presencia de enfermedad fue descrito por Hipócrates como una ruptura del equilibrio del estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior (Vicente, 2003).

Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y la hospitalización, en el que el niño/a es apartado de sus padres en muchos casos, introduciéndolo en un ambiente extraño, privándose de la compañía de sus amigos, juguetes, etc; el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales, cognitivas y emocionales como: agitación psicomotriz, agresividad, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, trastornos del sueño, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis), astenia, abulia, adinamia,

ideas obsesivas, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus padres; a este grupo de afecciones se las puede agrupar en el síndrome del hospitalismo que según Spitz son todas aquellas reacciones emocionales y conductuales que puede sufrir un niño/a que tiene que ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa (Isabel López Naranjo, 2006).

Todas estas actitudes pueden poner en alerta al personal de salud y a la familia, las cuales si son detectadas de forma oportuna durante el periodo de hospitalización, se podrá ofrecer un tratamiento oportuno y así llegar a una adecuada recuperación del paciente.

Debido a la falta de estudios realizados sobre depresión en niños hospitalizados en nuestro país, y a la experiencia vivida con los pacientes pediátricos del Hospital San Francisco de Quito, se vio la necesidad de analizar dicho tema, ya que era evidente la tristeza y el malestar que sentían los niños al estar hospitalizados, el tiempo que dura el tratamiento y la difícil interacción entre el personal de salud, el paciente y sus padres debido al estado de ánimo en el que se encontraban los niños. Es de gran importancia analizar que patologías son las que más afectan el estado emocional, ya que por lo que se ha podido observar no todas tienen el mismo impacto y repercusión en la vida de los niños. Razón por la cual se determinó la correlación entre depresión y factores predisponentes para el desarrollo de la misma en niños hospitalizados entre 7 años y 17 años en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el período comprendido entre Noviembre 2014 y Febrero 2015.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugirió medidas que puedan ser implementadas en el Hospital para hacer de la estancia hospitalaria infantil, un lugar más adecuado para su edad, al cual lo recuerden como una experiencia agradable y no como una experiencia negativa y en algunos casos traumática.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.-

DEPRESIÓN

2.1 CONCEPTO.-

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito (OMS, 2012).

La depresión (del latín depressus, “abatido”, “derribado”), es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, esta desgastado y con baja energía (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas

sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento. (Bermúdez Ma. Paz, 2004).

2.2 EPIDEMIOLOGÍA.-

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud a nivel mundial. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados (Perez J, 2011).

La depresión afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo (Benjet C, 2004).

Los trastornos depresivos tienen una incidencia importante en la población general. En pacientes ingresados con enfermedad clínica, ésta asciende hasta un 20-25%, y merece una atención especial, ya que al existir un trastorno del ánimo, el tratamiento de la enfermedad clínica se vuelve más complejo, los costos y números de reingresos aumentan, la adherencia al tratamiento disminuye y el pronóstico se vuelve menos favorable (Crespo, 2001).

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37% de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento (Vessey, 2003).

El 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental antes de cumplir los 18 años y el 40% de los pacientes psiquiátricos adultos empezaron durante la infancia con la enfermedad (Rodrigo Alfagene, 2004).

La incidencia de depresión severa en los niños es del 5% al 6%. La razón de género es equivalente en los niños prepúberes y aumenta a una proporción de 2:1 mujeres a hombres en la adolescencia, después de los 14 años, el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas, esto debido quizás a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo (Bhatia S, 2007).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6 % de ellos habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses (Acosta-Hernández, 2011).

En un estudio realizado en el servicio de pediatría general del Hospital Comarcal de Antequera, España con niños entre los 4 y 16 años, se encontró depresión mayor en el 7% y humor disfórico en el 38%. Los diagnósticos pediátricos entre los niños con depresión mayor (DM) fueron encopresis, vómitos recurrentes y síndrome de intestino irritable (Kashani J, 1987).

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se ha observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años. (Costello y colaboradores, 2003).

Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario (infancia, 2009).

En España a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), se estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria (infancia, 2009).

La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años (Canals J, 1995).

Un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3%, de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8% (Escriba R, 2005).

Estudios clínicos y epidemiológicos muestran que el 40-70% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad, (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta (10-20%) (Kovacs M, 1984).

Parece existir cierto paralelismo en cifras de la depresión infantil en países como España, donde los niveles llegan a 8.2% (Herrera, 2003).

La prevalencia de depresión infantil parece variar en algunos países en vías de desarrollo. En Hispanoamérica se encuentran datos alarmantes que indican una incidencia del 35-43%, que si se comparan con los obtenidos en España muestran una gran variabilidad. (Del Barrio, 2007).

Se ha evidenciado una prevalencia de depresión en la ciudad de Medellín del 12.5% (Gaviria y colaboradores, 2006).

En Brasil reportan el 12,5% de depresión en los niños (Bandim, y colaboradores, 1995).

2.3 FISIOPATOLOGÍA.-

La depresión no es originada por una sola causa, es el resultado de uno o más factores como: neuroquímicos, genéticos, ambientales, los cuales, varían de niño a niño.

2.3.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS.-

2.3.1.1 NEUROQUÍMICOS

El hipotálamo es un centro integrador y regulador en el cerebro de importancia vital. Hay autores que sostienen que la depresión puede originarse como consecuencia de una perturbación de la función hipotalámica. Estudios indican que los núcleos del hipotálamo intervienen en la regulación del estado de ánimo, además el hipotálamo interviene en la regulación de muchas funciones que se encuentran alteradas en gran número de pacientes depresivos como: el apetito, la actividad sexual etc (Kraines, 1966).

El hipotálamo es una parte integrante del enlace que existe entre la corteza cerebral y glándulas endócrinas, tales como la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, cuyo funcionamiento puede estar alterado en la depresión (Kraines, 1966).

- **EJE HIPOTÁLAMO- HIPÓFISIS- ADRENAL (HPA)**

Esta alteración es documentada aproximadamente en el 60% de la población depresiva, otras alteraciones en depresión relacionados con la disfunción del eje del cortisol son los niveles de CRH disminuidos en el líquido cefalorraquídeo, el aumento de la liberación de la vasopresina en las neuronas parvocelulares del hipotálamo, la prueba DST-CRH (-), la alteración en la expresión de los receptores glucocorticoides tipo II en el hipocampo y la respuesta a los tratamiento antiglucocorticoides, los cuales se han convertido en una herramienta clínica y diagnóstica de patrón de curso y pronóstico de la enfermedad (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

En el 40-59% de niños y adolescentes con depresión, se ha detectado hipercortisolemia y respuesta positiva al test de supresión de dexametasona, siendo esta respuesta más prominente entre los niños prepúberes que entre los adolescentes.

El incremento en la concentración del factor liberador de corticotropina en líquido cefalorraquídeo favorece el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. En el caso del cortisol, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una hipocortisolemia que conllevan a la depresión (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

- **EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-TIROIDEO (HPT)**

Dentro de las alteraciones clínicas, se ha encontrado aumento en las concentraciones de TSH, con importantes variaciones de T3 y T4, respuesta aumentada y/o disminuida a la prueba de TRH, ritmo circadiano de TSH alterado, elevaciones de TRH en el líquido cefalorraquídeo. Esto se confirma en la clínica psiquiátrica, donde los pacientes deprimidos tienen más alteraciones del eje neuroendócrino tiroideo que la población general en un 25% de los casos (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

Otros investigadores sostienen que la prueba de estimulación a la TRH (-), son el resultados de mecanismos compensatorios ante la presencia de cuadros depresivos, con un aumento en la producción neuronal de TRH. Es decir, las alteraciones son más bien consecuencia que causa de la enfermedad depresiva en este caso. En la actualidad grupos de investigación han correlacionado los niveles basales de TSH, con la posibilidad de respuesta antidepresiva a los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

- **EJE HIPOTÁLAMO HIPÓFISIS- SOMATOTROPINA (HPS)**

La hormona del crecimiento (HC) se secreta en pulsos, generalmente en horas nocturnas, durante el ciclo del sueño inicial. La prevalencia del trastorno del sueño en pacientes deprimidos es significativa, lo cual lleva a una alteración de la producción de la hormona del crecimiento en pacientes depresivos. En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia, pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo.

Así mismo, la regulación de la liberación de neuropéptidos, como la GNRH y la somatostatina, es controlado por neurotransmisores y péptidos implicados en la fisiopatología de la depresión, así como los cambios obtenidos a partir de los tratamientos instaurados (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

2.3.1.2 NEUROBIOLÓGICOS

Se ha propuesto la hipótesis de las aminas biógenas, en la cual los trastornos depresivos se asociaría a un déficit de algunos de estos neurotransmisores (la indolamina, serotonina, catecolaminas, norepinefrina y dopamina) (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

Los metabolitos de las catecolaminas como el 3-metoxi-4hidroxifenilglicol (MHPG) están disminuidos en orina y líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión.

Bajas concentraciones del metabolito de la serotonina, el hidroxiindolacetico (5-HIAA), se encuentra en la orina y líquido cefalorraquídeo en pacientes depresivos.

Existe una reducción del metabolito de la dopamina (HVA-ácido homovanílico) en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con depresión (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

2.3.1.3 TEORÍA GENÉTICA

Familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces mayor riesgo de presentarlo. Los porcentajes de morbilidad por padres es del (10-15%), un 20% de los familiares de los pacientes con depresión mayor lo presenta, por estos motivos se han plantado que el componente genético de este trastorno es elevado (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

Se ha encontrado una mayor frecuencia de presentación (concordancia) en gemelos monocigóticos en un 60% y dicigóticos en un 12%. Sin embargo se tiene claro que el patrón de transmisión no es único y que es posible que existan varias formas para ello. (Carlos Gomez Restrepo, 2006).

2.4.- FACTORES DE RIESGO EN LA HOSPITALIZACIÓN.-

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso.

Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención (Argimón Pallás J, 2000).

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (Garber J., 2006).

2.4.1 FACTORES PERSONALES

Son aquellos que dependen estrictamente del niño que vaya a ingresar al hospital, como: la edad, sexo, y la etapa del desarrollo psicológico del niño, y que por consiguiente, habrá que estudiarlos en él personalmente.

Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades; y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionen a la hospitalización (Ricardo Garcia S, 2005).

a) Edad y desarrollo biopsicosocial del niño.

Antes de los cuatro meses, los lactantes no muestran señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados dispensados por personas extrañas.

Entre los 4 meses y los 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, adquieren una desfavorable repercusión para el desarrollo psíquico del niño. El desequilibrio emocional puede mantenerse incluso después de concluida la hospitalización, ya sea de manera temporal o indefinidamente. Cuando los niños de estas edades son acompañados por sus madres en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad. Los niños tienen entonces la confianza de que su madre disipará

totalmente las amenazas existentes en un ambiente desconocido (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

El niño pre-escolar frente a la hospitalización, piensa erróneamente que tener una enfermedad significa que él o ella han hecho algo errado o malo, y la enfermedad es un castigo, por esta situación es necesario que los padres lo ayuden a entender en forma concreta la etiología de la enfermedad y que le expliquen que él no tiene culpa sobre esto (Ricardo Garcia, 2005).

A partir de la segunda infancia, el niño dispone ya de cierto hábito de conductas para enfrentarse a situaciones desconocidas, sin la necesidad de la presencia de los padres. El ingreso en el hospital y el alejamiento del hogar suele tolerarse bastante bien desde esta edad (6 años), sobre todo si existen buenas relaciones afectivas entre el niño y sus progenitores (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

En la etapa escolar, en la cual el niño tiene un desarrollo cognitivo concreto, se requieren explicaciones de la enfermedad en términos simples. La comprensión de enfermedades más complejas se hace más difícil, por lo que requiere psicoeducación desde la propia concepción de la enfermedad del niño. Es necesaria la información anticipada sobre los procedimientos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

En la adolescencia se produce ansiedad por la pérdida de independencia, control e identidad. También se produce preocupación por la pérdida de intimidad. Perciben la situación física del órgano, aparato o proceso que funciona mal como causa de la enfermedad y es capaz de explicarla (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

Los niños o adolescentes que han tenido depresión y angustia, alteraciones del desarrollo psiconeurológico generalizado, así como familias con dificultades para resolver problemas, que presentan disfunción de relaciones entre ellos o que tengan historia de dificultades con los equipos de salud, probablemente tendrán mayores dificultades para enfrentar la situación de la hospitalización y para relacionarse con los equipos de salud. Es necesario obtener esta información relacionada con estos factores previos a la hospitalización a través de los padres, de la ficha clínica o de otras fuentes cuando es posible (Ricardo García S, 2005).

b) Naturaleza y grado de severidad de la enfermedad que padece.

Es lógico que no se produzcan las mismas consecuencias como resultado de un ingreso en el que se va a realizar una determinada exploración, que en otras circunstancias en que el niño, por ejemplo, ha de ser intervenido quirúrgicamente. Otras variables como las limitaciones que impone la enfermedad, si ésta es aguda o crónica, dolorosa o no, incapacitante, deformante o sólo disfuncional, etc (Ricardo García S, 2005).

c) Naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales.

Los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales frente al hecho de la hospitalización, que los niños que han sido previamente hospitalizados con cierta frecuencia; por otro lado los niños con anteriores experiencias médicas negativas muestran mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización, que los que con anterioridad no habían tenido ninguna experiencia de hospitalización (Ricardo Garcia S, 2005).

d) Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas, sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a éste, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

2.4.2 FACTORES FAMILIARES

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño (Richardson LP, 2005).

Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo (Richardson LP, 2005).

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

El modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden a la hospitalización del niño puede ser de vital importancia. Toda hospitalización supone para el niño una forma particular de experimentar la separación de la familia. (Richardson LP, 2005).

- a.** La separación de la madre constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño hospitalizado. Inicialmente la separación fue citada

como la causa etiológica más relevante de las diversas alteraciones sufridas por los pacientes pediátricos, como consecuencia de la privación afectiva producida por la hospitalización. Entre las alteraciones que más frecuentemente se han citado destacan el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

- b.** Resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. La hospitalización representa una crisis para toda la familia. Por todo ello, resulta conveniente que la familia adopte una serie de estrategias o incluya nuevas rutinas en la dinámica de sus relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas a causa de la hospitalización de uno de sus miembros (Lizasoáin & Ochoa, 2003).
- c.** El estrés parental aparece también como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización. Entre las principales conductas que aparecen en los padres se encuentran la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y a los conflictos familiares (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

El niño hospitalizado, puede experimentar un trato diferente por parte de sus padres y hermanos, observando como su hospitalización está contribuyendo de algún modo a

alterar la dinámica familiar. Estas observaciones pueden hacer que se perciba a sí mismo como la fuente más importante de las alteraciones emocionales padecidas por sus padres y hermanos. Surge entonces la culpabilidad, los autoreproches y la ansiedad, que obviamente aumentarán la tensión ya existente en esa situación, en la que además debe adaptarse a la hospitalización (Fernandez, 1995).

2.4.3 FACTORES HOSPITALARIOS

a) El contacto con un ambiente extraño al que debe adaptarse y a los continuos cambios del personal hospitalario que no posibilitan, o dificultan la emergencia de la conducta sustitutiva de apego en el niño (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

b) La duración de la estancia en el hospital tiene una gran importancia. Una hospitalización media (de más de una semana de duración) o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer con un considerable aumento de las alteraciones conductuales (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

c) Las características y la misma organización del centro hospitalario son variables que no deben dejarse fuera de foco. El rígido reglamento de algunos hospitales que limitan, restringen y prohíben las visitas de los familiares en nada favorece la adaptación del paciente pediátrico (Lizasoáin & Ochoa, 2003).

d) La total ausencia de información referente a su estancia en el centro, lo que unido a su ignorancia y reacciones de temor frente a las diversas pruebas exploratorias que allí se le practican, suscitan en él con frecuencia los conflictos de dependencia.

El niño interpreta a menudo la hospitalización como un castigo por algo que ha hecho mal, es lógico suponer que el hospital será visto como un medio hostil e intrusivo del que conviene cuanto antes salir y al que jamás hay que volver (Fernandez, 1995).

2.5 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.

La internación pediátrica como la conocemos hoy, dista mucho de lo que fue en sus comienzos. Las condiciones en que eran internados los niños han evolucionado con el correr del tiempo (Ortigosa, 2000).

Anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran considerados, básicamente por no contar con los conocimientos necesarios; se atendían entonces únicamente los aspectos biológicos, los cuales también se encontraban en desarrollo.

Gracias al avance en el campo de las ciencias sociales y al desarrollo de la psicología evolutiva es que se comienzan a obtener datos sobre las necesidades psicoafectivas del niño para su adecuado desarrollo evolutivo, comenzando a tomarse en cuenta la repercusión de los aspectos emocionales durante la hospitalización (Ortigosa, 2000).

Hasta la primera mitad del siglo XX los niños eran separados de sus padres durante las hospitalizaciones, experimentando lo que en aquel momento se llamó hospitalismo. Descrito por Morquio y Spitz como todas aquellas reacciones emocionales y conductuales que puede sufrir un niño/a que tiene que ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa (Ana Maria Díaz Bello, 2014).

Spitz definió dos formas de carencia afectiva por separación: Una total en la que a pesar de ser cubiertas sus necesidades biológicas (alimentación, higiene, cuidados) hay importantes carencias afectivas, existiendo aquí un importante déficit motor. Y una parcial, en la que a pesar de que los niños/as son atendidos algunas horas por sus madres, mostraban cambios llamativos en sus conductas, pasando de una conducta inicial de lloro a una de retraimiento y postración con total desinterés por el mundo exterior, a la que denominó "depresión anaclítica" (Bausá., 2011).

Ante la separación de la madre y la falta afectiva a la que el niño está expuesto Robertson ha descrito tres fases adaptativas que sufre el niño hospitalizado: la primera la fase de protesta, en la que el niño depende mucho de su madre, esperando que ella siempre acuda a él/ella ante su llanto, que a pesar de sus protestas y gritos esto no sucede por lo que se le considera al niño como un mal paciente. En la segunda fase o de desesperación, hay necesidad continua y creciente de su madre, presentando además apatía, retraimiento, y tristeza fuera de lo normal. Y por último

en la tercera fase o de negación, se observa interés por parte del niño ante el entorno; tomándose este signo de felicidad, siendo en realidad una represión de lo que realmente sienten (Rojas., 2009).

Cabe destacar que actualmente en nuestro medio el término “hospitalismo” ha cambiado su significado. Se utiliza dicho término cotidianamente en las situaciones en las cuales el paciente o los padres del mismo quieren permanecer más tiempo internados en el hospital, rechazando el alta, por los beneficios que reciben. (Fernández, 2010).

Posteriormente se continuaron los estudios sobre las necesidades psicoafectivas de los niños, llegando a la formulación de la teoría del apego. Es así que gracias al desarrollo de la teoría del apego, se produce un cambio radical en la hospitalización infantil, pasándose a la internación pediátrica conjunta, como la conocemos hoy. Otro aspecto importante que ha evolucionado, es el manejo del dolor en el niño (Fernández, 2010).

Hasta hace relativamente pocos años, el dolor en pediatría no era tratado, puesto que se consideraba que el SNC del recién nacido era inmaduro y por consiguiente no percibía sensaciones dolorosas, a su vez se creía que el niño no tenía memoria del dolor, por lo cual era innecesario calmarlo. Otro de los argumentos, que aún hoy día tiene mucho peso, es el temor a la adicción de los opioides en los niños. Actualmente nos encontramos en un momento en donde si bien la bibliografía demuestra que los

niños sienten dolor, incluso algunos plantean que podrían percibir el dolor con mayor intensidad que los adultos, hallamos que el dolor en pediatría es aún subdiagnosticado y subtratado (Ana Maria Díaz Bello, 2014).

El ingreso a un piso de internación implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en un momento en donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos, así como de la hospitalización. Todo ello genera en el niño una experiencia estresante que unido a la facilidad natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo. (Ortigasa, 2000).

Es frecuente encontrar desatendidas las necesidades resultantes del proceso de enfermar. En ocasiones, la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención sanitaria tornándose más importante el órgano afectado que la persona enferma (Burgos, 2003).

2.5.1 EFECTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS

La sintomatología afectiva infantil es variada y además va cambiando con la edad por lo que parece necesario utilizar una orientación evolutiva que recoja las manifestaciones depresivas (patológicas) en cada etapa del desarrollo.

- En el lactante los problemas emocionales se expresan a través del cuerpo en forma de dificultades alimentarias como la regurgitación, sola o acompañada de rumiación, vómitos y cólicos; y también como alteraciones de la relación con la figura materna: llanto inconsolable, resistencia al abrazo, ausencia de la sonrisa social, inhibición y letargia (Iruela Cuadrado L, 2009).
- En el niño preescolar, la clínica depresiva se manifiesta por trastornos de la conducta: rabietas, desafíos, rotura furiosa de objetos y desobediencia, así como en perturbaciones del control de esfínteres: enuresis y encopresis (Iruela Cuadrado L, 2009).
- En el niño escolar, los síntomas depresivos se manifiestan como: tristeza, autodepreciación, disminución del rendimiento académico, pérdida de interés por juegos y compañías, aburrimiento, aislamiento, etc. No obstante, persisten aún síntomas psicósomáticos como en los niños más pequeños: cefaleas, dolores reumáticos y abdominales, y alteraciones de la conducta como en el preescolar: rechazo al colegio, comportamiento oposicionista, etc (Iruela Cuadrado L, 2009).

- Es importante señalar que en esta etapa evolutiva aparecen ya las ideas de suicidio. Se acepta que alrededor de los 8 años de edad, el niño tiene una idea clara de la muerte como un hecho irreversible (Iruela Cuadrado L, 2009).
- En la adolescencia, lo más destacable son las conductas negativistas y disociales, el consumo de alcohol y tóxicos, la impulsividad, la sensación disfórica de malestar continuo consigo mismo y con los otros, las fugas domiciliarias, la hipersensibilidad en el trato con los adultos y los intentos de suicidio de carácter imprevisto, sin planificación (Iruela Cuadrado L, 2009).

2.5.2 SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización para el niño implica la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y/o dolor, todo ello le genera temor. (Ortigosa, 2000)

En el año 1958, Gellert, decía: *“Para el niño el hospital es como un país extranjero a cuyas costumbres, lenguaje y horario debe acostumbrarse”*.

El niño experimenta la enfermedad y la internación como un castigo, esto se ve reforzado por las características de egocentrismo y pensamiento mágico. Se debe entonces aclarar al niño que no tiene nada que ver con su comportamiento, que esto son cosas que suceden y todas las personas nos enfermamos (Baraibar, 1997).

Pueden producirse cambios en las conductas del niño durante la internación, que son observadas, tanto por los padres, así como por el propio personal médico o de enfermería. La internación puede ser en el mejor de los casos una situación aislada en la vida del niño, generando menores efectos negativos que las internaciones frecuentes, en donde los efectos suelen ser mayores, pues afectan el desarrollo psicoafectivo y social del niño y su núcleo familiar a muy largo plazo. Los efectos van a estar determinados también por el tiempo que dure la internación y los intervalos entre los reingresos. Durante la internación vemos al niño en un corte transversal de su vida, y muchas veces no observamos cambios importantes en sus conductas, puesto que estas pueden aparecer luego del alta. Los trastornos emocionales que se presentan más frecuentemente son la depresión y la ansiedad, trastornos que debemos evitar con un adecuado manejo de la situación de internación (Ortigosa, 2000).

- Lactante 0-12 meses: les atemoriza el cambio de rutina y ambiente familiar, reacciona a la situación de forma global, supone un problema a la separación de objetos deseados.
- Niños de 1-3 años: sienten miedo a la separación y al abandono. En este periodo la ansiedad por separación es máxima. Relaciona la enfermedad con una circunstancia eventual y ante la enfermedad como una situación puntual y concreta.

- Más de 3 años: sienten miedo al dolor o lesión corporal. Toleran mejor la separación que los menores. Ve a la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal.
- En edades escolares: se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo.
- Adolescencia: se produce una ansiedad por la pérdida de independencia, control e identidad. También se produce preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe la situación física del órgano, aparato o proceso que funciona mal como causa de la enfermedad y es capaz de explicarla. (Grau Rubio, 2002).

2.6 ENCUESTAS DE EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL

2.6.1 Children's Depression Inventory (Gold Standard)

El test más utilizado para la evaluación de la depresión infantil es sin duda el CDI de Kovacs (Children's Depression Inventory). Las razones que han llevado a los investigadores a utilizar con mayor frecuencia este instrumento son diversas, y entre ellas podríamos citar el rango de edad para el que está diseñado, los síntomas depresivos que abarca, la simplicidad de su aplicación y corrección y sus buenas propiedades psicométricas (Herrera, 2003).

Es el instrumento que más goza de confiabilidad, ejemplo de ello es un estudio realizado en Dinamarca, que examinó la fiabilidad y confiabilidad de la versión dinamarquesa del CDI, encontrándose como principal conclusión que las propiedades psicométricas del CDI dinamarqués eran similares a aquéllos informados para población de habla inglesa (Sørensen, 2005).

En este mismo sentido, se realizó en España un estudio para probar la fiabilidad interna de una traducción española del CDI (CDI-LA) en jóvenes hispanos. Donde se pudo determinar que la fiabilidad del CDI es similar a la encontrada en versiones de habla inglesa. Esto sugiere que las propiedades psicométricas generales de la traducción española parecen ser adecuadas según la estimación alfa de Crombach, de fiabilidad interna y coeficiente de correlación de Spearman (Davanzo, 2004).

Los resultados indican una óptima relación entre sensibilidad y especificidad del CDI. Éste también diferenció entre un desorden depresivo de uno de ansiedad y conducta disocial. Dichos hallazgos llevaron a concluir a los investigadores que este instrumento es una gran herramienta para descubrir desórdenes depresivos en niños y adolescentes (Herrera, 2003).

Un hecho que el CDI es hasta la actualidad, la mejor herramienta para identificar la depresión en la infancia. Tal vez uno de los éxitos de éste, es que ha sido diseñado para medir la depresión en sus diversos dominios, tal como lo aseguran Shaver y Brennan, (1991), mide la depresión en lo cognitivo, emocional, motivacional y psicomotor (Twenge, 2002).

Un estudio realizado en Suecia, donde el CDI mostró una consistencia interna de 0.86; asimismo en factores como afectos negativos, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa, valores por encima de 0.60 (Ivarsson, 2006) Otro ejemplo es un estudio realizado en Arabia en donde se encontró un alfa de Crombach de 0,85 indicando que el CDI tiene una buena la fiabilidad y consistencia interna para ser utilizado como instrumento de medida para la depresión en la infancia en población Árabe (Balhan_Eisa, 2006).

2.6.2 CECAD, Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión.

Es un cuestionario de aplicación individual y colectiva, para niños a partir de los 7 años de edad hasta los 25 años, compuesto por 50 elementos y destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como la ansiedad y la depresión.

Es breve y de fácil aplicación, es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura. Se han elaborado escalas para cuatro grupos de edad: 7 a 12 años, 13 a 16 años, 17-18 años y mayores de 18. (Fuente, 2013)

2.6.3 CET-DE, Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión.

Es un cuestionario de aplicación individual dirigido a niños desde los 12 años hasta la edad adulta, consta de 63 ítems que registra la presencia de los síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones autónomas: el humor depresivo, la anergia o vaciamiento energético, la falta de sociabilidad y distorsión de los ritmos biopsíquicos, particularmente (Fernandez F. A., 2011)

2.6.4 Escala de Birleson (DSRS)

Consta de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la

elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años (Figueroa, 2012).

2.6.5 Children's Depression Scale (CDS)

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS por sus siglas en inglés), es el primer instrumento que se conoce para evaluar la depresión en niños que se construyó específicamente para esta población y no a partir de un cuestionario para adultos. En 1983 se realiza la adaptación y validación al español para la población española. Las autoras parten de diferentes conceptos operativos (respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, preocupaciones, problemas de agresión) recopilados de la literatura para definir los elementos que integrarán el concepto de depresión infantil a partir del cual se realiza la construcción de los reactivos que conformarán el cuestionario. (Figueroa, 2012).

2.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-V) (Figuerola, 2012).

2.7.1. CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10.

Tabla No1. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según el CIE-10.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <p>— El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</p> <p>— El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico</p>
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p>
<p>Niños y adolescentes</p> <p>El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable.</p> <p>Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos</p> <p>La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.</p> <p>La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.</p>
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p>
<p>Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</p>

<p>Los niños pueden presentar auto-desvalorización.</p> <p>La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.</p>
<p>Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).</p>
<p>Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.</p>
<p>Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.</p>
<p>Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</p>
<p>Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.</p>
<p>Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños</p>
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p>
<p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.</p> <p>Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo</p>

psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia.*
Galicia, 2009

2.7.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-V

Tabla No2. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-V

- A.** Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
 3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o

aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que

puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría

2.8 TRATAMIENTO

2.8.1 Tratamiento farmacológico

- **Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS).**

Constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión infanto-juvenil, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad en caso de sobredosificación (Reinblatt SP, 2002).

De todos ellos, el más extensamente estudiado es la fluoxetina, el primero que fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años. El estudio TADS Treatment for Adolescent with Depression Study, pone de manifiesto que la fluoxetina obtiene resultados superiores a los que se observan con placebo o con terapia cognitivo conductual. No obstante, hay que destacar que los mejores resultados en este estudio se registraron entre la población que recibió terapia combinada (fluoxetina asociada a psicoterapia), superando éstos tanto a la terapia farmacológica como a la cognitivo-conductual aplicadas en monoterapia (March J, 2004).

2.8.2 Tratamientos psicoterapéuticos

El modelo de psicoterapia más extensamente evaluado y utilizado es el cognitivo - conductual, aunque la terapia interpersonal también ha demostrado una eficacia superior al placebo.

2.8.2.1 Terapia conductual

Se centra fundamentalmente en aumentar el número de actividades placenteras en el niño depresivo, y en reducir sus experiencias vitales negativas mediante el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. La realización de las actividades placenteras no sólo elevan el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus ruminaciones cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento, la pasividad y el sedentarismo asociados con los episodios depresivos. En concreto, en un programa conductual se enseña al niño habilidades sociales, estrategias para manejar los sentimientos de ira, hostilidad, rabia o ansiedad (M.García, 2003).

2.7.2.2 Terapia cognitiva

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva es cambiar las actitudes disfuncionales y los pensamientos negativos que sobre sí mismo, el mundo y el futuro tienen los niños con depresión. Esta clase de terapia va más allá del simple "poder del pensamiento positivo". Para ello, a lo largo de la terapia se utilizan técnicas de modelo cognitivo, de entrenamiento en autoinstrucciones positivas y de

reestructuración cognitiva que, mediante juegos y tareas para realizar dentro y fuera de la consulta, pretenden que el niño aprenda a identificar sus pensamientos negativos, a entender la conexión entre estos pensamientos y los sentimientos y comportamientos sintomáticos que presenta, a evaluar los datos a favor y en contra de tales pensamientos y a sustituirlos por interpretaciones más razonables. En definitiva, la terapia cognitiva trata de ayudar al niño a pensar de una forma más adaptativa para que así pueda mejorar su estado de ánimo, motivación y comportamiento (M.García, 2003).

La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva. Los mejores resultados se han obtenido con terapias directivas (guiadas por un protocolo) y limitadas en el tiempo (generalmente se recomienda una duración media de 12 a 16 semanas) (San Sebastián Cabasés J, 1993).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 PROBLEMA

¿Cuál es la correlación de la depresión con los factores de riesgo en niños hospitalizados de 7-17 años en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015?

3.2 OBJETIVOS:

3.2.1 Objetivo General

Determinar la correlación entre depresión y los factores de riesgo en niños hospitalizados de 7-17 años en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015.

3.2.1Objetivos Específicos

- Establecer la relación entre los factores epidemiológicos como: edad, género, grupo étnico, lugar de residencia, sociales como cuidador del niño, hospitalarios (tiempo de hospitalización, y patología por la que se encuentran hospitalizados), con la aparición de depresión en niños hospitalizados.

- Determinar la prevalencia de depresión en niños hospitalizados en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo comprendido entre Noviembre 2014 a Febrero 2015, utilizando el test Children's Depression Inventory.
- Establecer el nivel de depresión en niños hospitalizados en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo comprendido entre Noviembre 2014^a Febrero 2015 mediante la utilización del test Children's Depression Inventory.

3.3 HIPÓTESIS

Existe una correlación entre depresión y factores epidemiológicos como: edad, género, grupo étnico, lugar de residencia, sociales como cuidador del niño, hospitalarios (tiempo de hospitalización, y patología por la que se encuentran hospitalizados) en niños hospitalizados de 7-17 años en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015.

3.4 MATERIALES Y MÉTODOS

3.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla No3.- Definición de operacionalización de variables

Variables		Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Epidemiológicos	Edad	- Escolar -Adolescente	Tiempo transcurrido de una persona desde el nacimiento.	Edad cronológica de un ser humano que comprende desde los 18 años de edad hasta los 55 años.	1. De 5 años hasta 8 años de edad. 2. De 9 años hasta 14 años de edad.	Cuantitativa / Media con error estándar de la media
	Género	-Masculino -Femenino	Categoría biológica y genética establecida por caracteres físicos.	Declaración asignada por parte del paciente.	1. Masculino (M) 2. Femenino (F)	Cualitativa / Porcentaje
	Grupo étnico	Afroecuatoriano -Mestizo -Caucásico -Indígena	Grupo humano cuyos miembros presentan rasgos comunes.	Declaración dada por el paciente.	1. Afroecuatoriano 2. Mestizo 3. Caucásico 4. Indígena	Cualitativa / Porcentaje
	Lugar de residencia	-Norte -Centro -Sur -Suburbio -Zona rural -Otras provincias	Ubicación geográfica en donde reside el paciente.	Lugar que consta en la cédula de identidad.	1. Norte 2. Centro 3. Sur 4. Suburbio 5. Zona rural 6. Otras provincias	Cualitativa / Porcentaje
Hospitalarios	Tiempo de estancia hospitalaria		Permanencia del paciente en hospitalización desde el día de su ingreso hasta el día de alta.	Hora de ingreso en la hoja de emergencia 008 y hora de egreso en la nota de evoluciones y prescripciones 005 el día del alta.	1. Número de días	Cuantitativa / Media con error estándar de la media
Sociales	Patología		Enfermedad por la cual el paciente ingresa a la casa de salud	Diagnóstico de ingreso en la hoja de emergencia 008		Cuantitativa / Media con error estándar de la media
	Cuidador		Persona que es responsable del cuidado del paciente	Información solicitado en la historia clínica	Padre Madre Abuelos Tíos	

3.4.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional-Descriptivo transversal en el que se incluyó a 86 niños de 7 a 17 años que se encontraron hospitalizados en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios de inclusión para el grupo de estudio son:

- Pacientes entre 7-17 años.
- Días de hospitalización mayor a 3 días.
- Hospitalizados en el período comprendido desde Noviembre 2014- Febrero del 2015.
- Pacientes que ingresan con patología aguda y crónica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión para el grupo de estudio son:

- Pacientes menores de 7 años y mayores de 17 años.
- Pacientes hospitalizados menos de 3 días.
- No se encuentran dentro del período comprendido desde Noviembre- Febrero del 2015.
- Paciente con enfermedades degenerativas, congénitas, que alteren la evolución natural de la enfermedad.
- Pacientes con alguna patología psicológica o psiquiátrica.

3.4.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó en el Hospital San Francisco de Quito en el área de hospitalización, previa explicación del motivo de nuestro estudio, se entregó el consentimiento informado, después de la aprobación por parte de los representantes legales de los niños en estudio, se continuo con la realización del test CDI (Children's Depression Inventory), para el cual tuvieron 30 minutos para responderlo. La información para la edad, lugar de residencia, diagnóstico, días de hospitalización, se obtuvo mediante la base de datos del sistema operativo XHis, proporcionada por el departamento de estadística del Hospital San Francisco de Quito.

3.4.4 PLAN DE ANÁLISIS

Se desarrolló una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 en la que se incluyó: edad, sexo, días de hospitalización, lugar de residencia, patología por la cual estuvieron hospitalizados, cuidador del niño.

Para el análisis estadístico de nuestro estudio los resultados estadísticos fueron obtenidos mediante el programa SPSS versión 22 en español. Se describieron las variables cualitativas con frecuencias simples y porcentajes.

La medida de asociación utilizada fue Odds Ratio (OR) y la significación estadística se calculó con intervalos de confianza y valor de P. Se empleó medidas de impacto para determinar la fracción atribuible a la causa de aparición de depresión así como, la fracción prevenible para determinar la prevalencia de los factores de riesgo para la aparición de las mismas.

3.4.5 PROCEDIMIENTOS BIOÉTICOS

Para poder realizar este estudio se respetó el principio de confidencialidad. Cada sujeto permaneció anónimo al igual que su información.

Se procedió a firmar el consentimiento informado por parte de los padres o representantes de los niños hospitalizados para la autorización de la realización del test de depresión CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY.

Se obtuvo los permisos necesarios para realizar la recolección de datos de las Historias Clínicas por parte del departamento de investigación y docencia y del departamento de estadística del Hospital San Francisco de Quito - IESS.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se estudió una población de 91 niños ingresados en el Hospital San Francisco de Quito, de los cuales 5 no participaron por no contar con la presencia de algún representante al momento de la entrevista, quedando como muestra final 86 niños en edades comprendidas entre 7-17 años.

4.1.1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Las edades de los niños que participaron en el estudio al momento de la realización del mismo estuvieron comprendidas entre 7 y 17 años de edad, con una moda en los 7 años (12 sujetos para la respectiva edad), y una edad media de 11.73 años con una desviación típica de 3.24.

TABLA No4. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 7	12	14,0	14,0	14,0
8	5	5,8	5,8	19,8
9	9	10,5	10,5	30,2
10	6	7,0	7,0	37,2
11	10	11,6	11,6	48,8
12	11	12,8	12,8	61,6
13	6	7,0	7,0	68,6
14	5	5,8	5,8	74,4
15	6	7,0	7,0	81,4
16	8	9,3	9,3	90,7
17	8	9,3	9,3	100,0
Total	86	100,0	100,0	

*Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

4.1.2 DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

Del total de 86 niños 39 fueron mujeres (representan el 45.3 % de la muestra) y 47 fueron hombres (representan el 54.7 % de la muestra).

TABLA No5. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	39	45,3	45,3	45,3
Masculino	47	54,7	54,7	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.1.3 RESULTADOS RELACIONADOS CON LA ETNIA

Del total de los pacientes (n= 86), el 76.7% (n=66) de estos son mestizo, mientras que el 11,6% (n=10) son afroecuatorianos y otro 11,6% son indígenas.

TABLA No6. DISTRIBUCIÓN POR ETNIA DE LOS PACIENTES

Etnia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mestizo	66	76,7	76,7	76,7
Indígena	10	11,6	11,6	88,4
Afroecuatoriano	10	11,6	11,6	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.1.4 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL LUGAR DE RESIDENCIA

Del total de los pacientes (n= 86), el 36% (n=31) de estos tienen como lugar de residencia Carcelén, mientras que el 20.9% (n=18) residen en Carapungo, en tanto que 15.1% (n=13) residen en Cayambe, El resto de la población se distribuyó según el lugar de residencia como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA No7. DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Carcelén	31	36,0	36,0	36,0
Carapungo	18	20,9	20,9	57,0
Calderón	9	10,5	10,5	67,4
Quinche	8	9,3	9,3	76,7
Guayllabamba	7	8,1	8,1	84,9
Cayambe	13	15,1	15,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.1.5 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL NIÑO

Del total de los pacientes (n= 86), el 27.9% (n=24) estuvieron bajo el cuidado de sus abuelos, mientras que el 25.6% (n=22) estuvieron bajo el cuidado de sus madres, en tanto que 22.1% (n=19) estuvieron bajo el cuidados de sus tíos El resto de la población se distribuyó según el cuidador del niño como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA No8. DISTRIBUCIÓN POR CUIDADOR DEL PACIENTES

Cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mama	22	25,6	25,6	25,6
Papa	13	15,1	15,1	40,7
Abuelos	24	27,9	27,9	68,6
Hermanos	8	9,3	9,3	77,9
Tíos	19	22,1	22,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015

4.1.6 DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

Del total de los pacientes (n= 86), el 23.3% (n=20) de éstos estuvieron hospitalizados durante 4 días, mientras que el 20.9% (n=18) estuvieron hospitalizados 5 días, en tanto que 18.6% (n=16) estuvieron hospitalizados 3 días. El resto de la población se distribuyó según los días de hospitalización como se muestra en la siguiente tabla.

TABLANo9. DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

Días de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3	16	18,6	18,6	18,6
4	20	23,3	23,3	41,9
5	18	20,9	20,9	62,8
6	12	14,0	14,0	76,7
7	8	9,3	9,3	86,0
8	2	2,3	2,3	88,4
9	3	3,5	3,5	91,9
11	1	1,2	1,2	93,0
12	1	1,2	1,2	94,2
14	2	2,3	2,3	96,5
16	1	1,2	1,2	97,7
18	1	1,2	1,2	98,8
27	1	1,2	1,2	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.1.7 DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍAS

Del total de 86 pacientes que conformaron la muestra del estudio, 16 de los pacientes, que representan el 18.6% se encontraban hospitalizados por apendicitis, 11 de los pacientes que representan el 12.8% se encontraban hospitalizados debido a fracturas, mientras que 10 de los pacientes, que representan el 11.6% se encontraban hospitalizados por neumonía, al igual que los pacientes hospitalizados por celulitis, 7 de los pacientes que representan el 8.1% se encontraban hospitalizados por neumonía. El resto de la población se distribuyó según la patología como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA No10. DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍA DE LOS PACIENTES

Patologías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Neumonía	10	11,6	11,6	11,6
Ivu	7	8,1	8,1	19,8
Colelitiasis	6	7,0	7,0	26,7
Apendicitis	16	18,6	18,6	45,3
Artropatía	2	2,3	2,3	47,7
Fracturas	11	12,8	12,8	60,5
Celulitis	10	11,6	11,6	72,1
Varicela	1	1,2	1,2	73,3
Fiebre de origen desconocido	3	3,5	3,5	76,7
Derrame pleural	3	3,5	3,5	80,2
Pancreatitis	3	3,5	3,5	83,7
Convulsiones	3	3,5	3,5	87,2
Anemia	2	2,3	2,3	89,5
Osteomielitis	3	3,5	3,5	93,0
Asma	3	3,5	3,5	96,5
Faringitis	1	1,2	1,2	97,7
Intoxicación	2	2,3	2,3	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas Hospital San Francisco de Quito.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.2 RESULTADOS DEL TEST CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY

Después de aplicar el test Children's Depression Inventory para depresión infantil se encontró que el 26.7% de la población (n= 23) no presentó depresión clínicamente significativa, mientras que el 40.7% de la población restante (n=35) presentó depresión moderada, y el 32.6% (n=28) presentó depresión severa.

TABLA No11. DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE DEPRESIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
• NO HAY DEPRESIÓN	23	26,7	26,7	26,7
• DEPRESIÓN MODERADA	35	40,7	40,7	67,4
• DEPRESIÓN SEVERA	28	32,6	32,6	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.

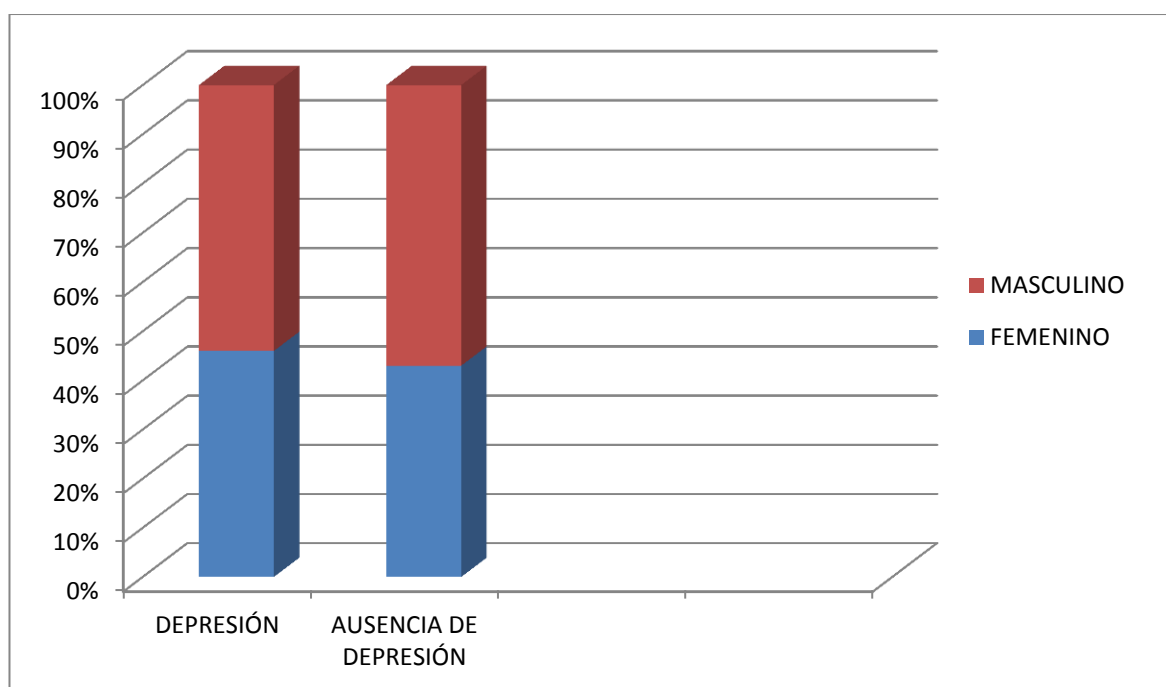
Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.3 CRUCE DE VARIABLES

4.3.1 RELACIÓN ENTRE GÉNERO DE LOS NIÑOS Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Del total de niños hospitalizados de sexo femenino (n=39), el 46. % (n=29) presentó depresión, mientras que los niños hospitalizados de sexo masculino (n=47), el 54% (n=34) presentaron depresión.

GRÁFICO No 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN



*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015*

TABLA No12. RELACIÓN ENTRE GÉNERO DE LOS PACIENTES Y EL GRADO DE DEPRESIÓN *Tabulación cruzada

			GRADO DE DEPRESIÓN		
				AUSENCIA DE DEPRESIÓN	
			DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	Total
GÉNERO DE LOS PACIENTES	FEMENINO	Recuento	29	10	39
		% dentro de GÉNERO DE LOS PACIENTES	74,4%	25,6%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	46,0%	43,5%	45,3%
		% del total	33,7%	11,6%	45,3%
	MASCULINO	Recuento	34	13	47
		% dentro de GÉNERO DE LOS PACIENTES	72,3%	27,7%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	54,0%	56,5%	54,7%
		% del total	39,5%	15,1%	54,7%
Total	Recuento	63	23	86	
	% dentro de GÉNERO DE LOS PACIENTES	73,3%	26,7%	100,0%	
	% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	73,3%	26,7%	100,0%	

*Fuente: Historias clínicas y test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

Se calculó el OR para estas dos variables obteniéndose un valor de 1.109 (Límites; 0.424 – 2.901), lo cual establece la existencia de asociación entre las mismas. Esto quiere decir que existe 1.1 veces más riesgo de presentar depresión en el sexo masculino.

Adicionalmente para determinar la significancia estadística de esta asociación se calculó el X² de Pearson con un valor de 0.44 para estas variables y un valor de p=0.8 lo que demuestra que la asociación entre estas variables no es estadísticamente significativa.

Después de la corrección de Yates (puesto que la muestra es < a 200), la asociación entre las variables sigue siendo inexistente y su significancia estadística no presentó variaciones.

TablaNo13. RR, IC y significancia de depresión dependiendo el género de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015

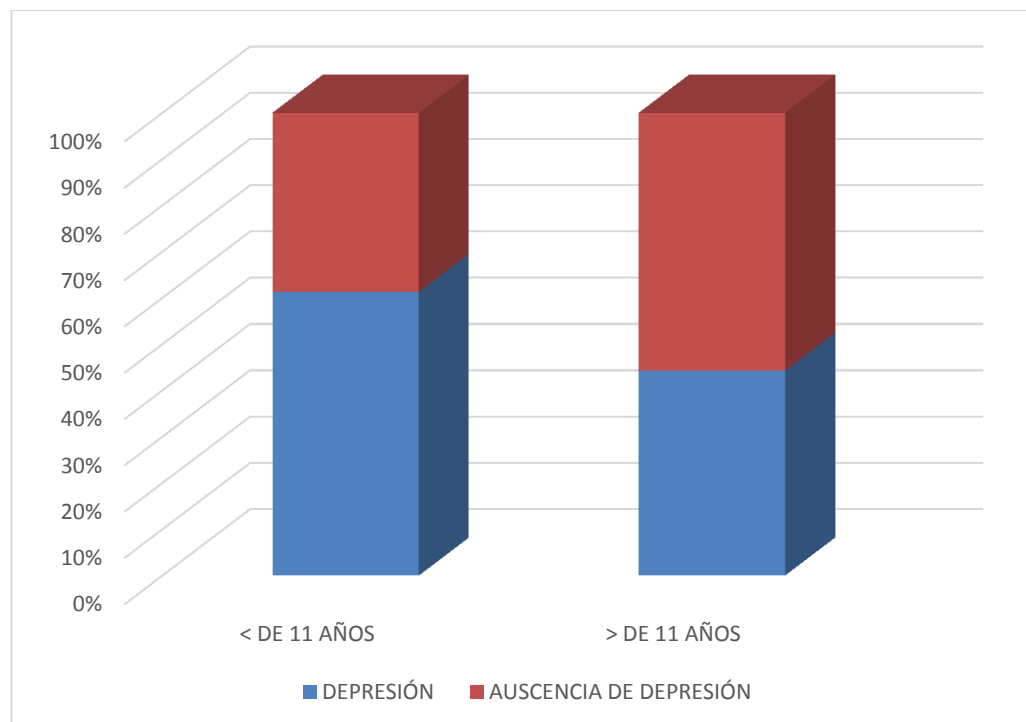
VARIABLE	RR	IC Límite Superior	IC Límite Inferior	Chi² yates	Valor P
DEPRESIÓN	1.109	2.901	0.424	0.3	0.8

*Fuente: Base de datos del presente estudio.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

4.3.2 RELACIÓN ENTRE EDAD DE LOS NIÑOS Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Del total de niños hospitalizados menores de 11 años (n=32), el 41.3 % (n=26) presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados mayores a 11 años (n=54), el 58.7% (n=37) presentaron depresión.

GRÁFICO No2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN



*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

TABLA No14. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y GRADO DE DEPRESIÓN
***Tabulación cruzada**

			GRADO DE DEPRESIÓN		Total
			DEPRESIÓN	AUSENCIA DE DEPRESIÓN	
EDAD <11 O MAS DE 11	<11	Recuento	26	6	32
		% dentro de EDAD <11 O MAS DE 11	81,3%	18,8%	100,0 %
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	41,3%	26,1%	37,2%
		% del total	30,2%	7,0%	37,2%
	11 O MAS	Recuento	37	17	54
		% dentro de EDAD <11 O MAS DE 11	68,5%	31,5%	100,0 %
		% dentro de GRADO DE DEPRESION	58,7%	73,9%	62,8%
		% del total	43,0%	19,8%	62,8%
Total	Recuento	63	23	86	
	% dentro de EDAD <11 O MAS DE 11	73,3%	26,7%	100,0 %	
	% dentro de GRADO DE DEPRESION	100,0%	100,0%	100,0 %	
	% del total	73,3%	26,7%	100,0 %	

*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

Se calculó el OR para estas dos variables obteniéndose un valor de 1.991 (Límites; 0.692 – 5.731) , lo cual no establece la existencia de asociación entre las mismas.

Adicionalmente para determinar la significancia estadística de esta asociación se calculó el X² de Pearson con un valor de 1.662 para estas variables y un valor de p=0.1 lo que demuestra que la asociación entre estas variables no es estadísticamente significativa.

Después de la corrección de Yates (puesto que la muestra es < a 200). la asociación entre las variables sigue siendo inexistente y su significancia estadística no presentó variaciones.

Tabla No15. RR, IC y significancia de depresión dependiendo la edad de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015

VARIABLE	RR	IC Límite Superior	IC Límite Inferior	Chi² yates	Valor P
DEPRESIÓN	1.991	5.731	0.692		0.1

Fuente: Base de datos del presente estudio.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.3.2 RELACIÓN ENTRE CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

TABLA No16. RELACIÓN ENTRE LA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN

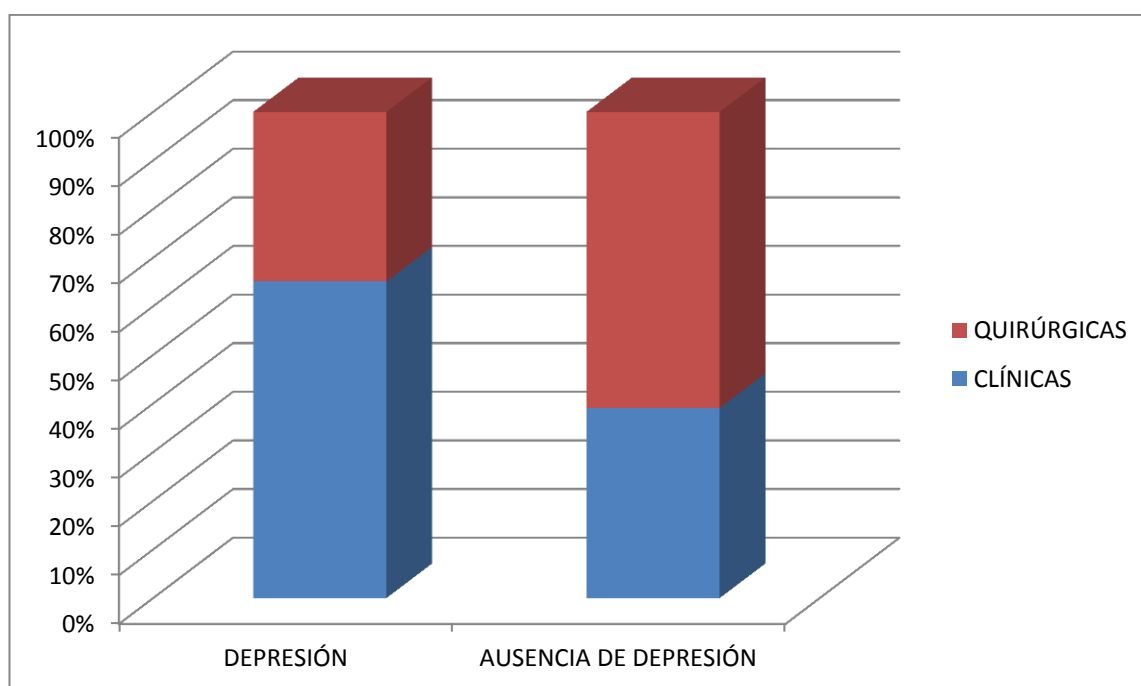
***Tabulación cruzada**

			GRADO DE DEPRESIÓN		Total
			DEPRESIÓN	AUSENCIA DE DEPRESIÓN	
CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	CLÍNICAS	Recuento	41	9	50
		% dentro de CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	82,0%	18,0%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	65,1%	39,1%	58,1%
		% del total	47,7%	10,5%	58,1%
	QUIRÚRGICAS	Recuento	22	14	36
		% dentro de CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	61,1%	38,9%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	34,9%	60,9%	41,9%
		% del total	25,6%	16,3%	41,9%
Total		Recuento	63	23	86
		% dentro de CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	73,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	73,3%	26,7%	100,0%

*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

Del total de niños hospitalizados por causas clínicas (n=50), el 65.1 % (n=41) de presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados por causas quirúrgicas (n=36), el 34.9% (n=22) presentaron depresión.

GRÁFICO No3. CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN *Tabulación cruzada



*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015*

Se calculó el OR para estas dos variables obteniéndose un valor de 2.899 (Límites; 1.083 – 7.760) , lo cual establece la existencia de asociación entre las mismas. Lo que nos indica que existe un riesgo de depresión 2.8 veces mayor en pacientes que son hospitalizados por causas clínicas.

Adicionalmente para determinar la significancia estadística de esta asociación se calculó el X² de Pearson con un valor de 4.662 para estas variables y un valor de p=0.031 lo que demuestra que la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa.

Después de la corrección de Yates (puesto que la muestra es < a 200), la asociación entre las variables sigue siendo estadísticamente significativa.

Tabla No17. RR, IC y significancia de depresión dependiendo la causa de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015

VARIABLE	RR	IC Límite Superior	IC Límite Inferior	Chi² yates	Valor P
DEPRESIÓN	2.899	– 7.760	1.083	3.86	0.031

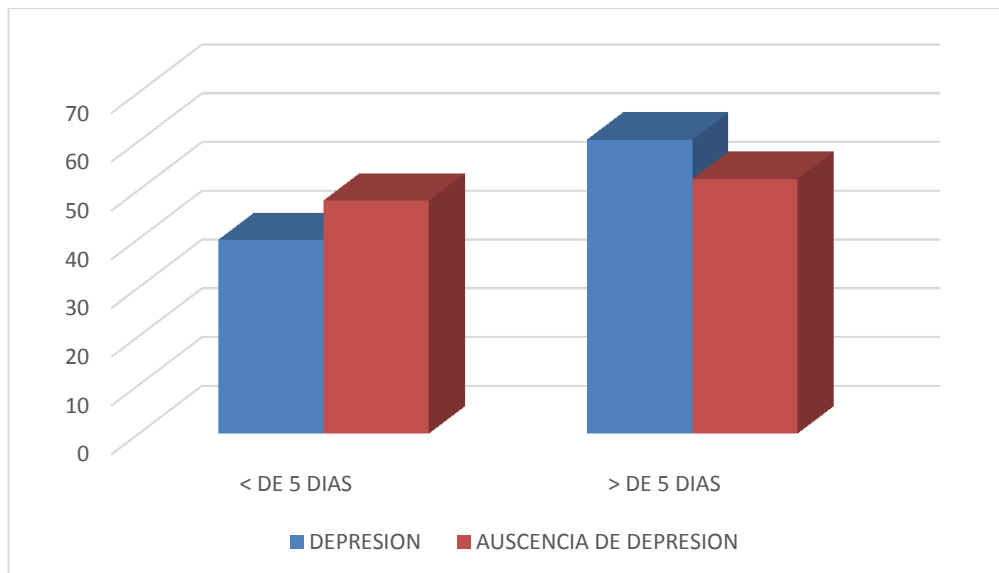
Fuente: Base de datos del presente estudio.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.3.3 RELACIÓN ENTRE LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Del total de niños hospitalizados más de 5 días (n=50), el 60.3 % (n=38) presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados menos de 5 días (n=36), el 39.7% (n=25) presentaron depresión.

GRÁFICO N°4. RELACIÓN ENTRE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN.



*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015*

TABLA No18. RELACIÓN ENTRE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y GRADO DE DEPRESIÓN *Tabulación cruzada

			GRADO DE DEPRESIÓN		Total
			DEPRESIÓN	AUSENCIA DE DEPRESIÓN	
DÍAS <5 O MAS DE 5	<5	Recuento	25	11	36
		% dentro de DIAS <5 O MAS DE 5	69,4%	30,6%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	39,7%	47,8%	41,9%
		% del total	29,1%	12,8%	41,9%
	5 O MAS	Recuento	38	12	50
		% dentro de DIAS <5 O MAS DE 5	76,0%	24,0%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	60,3%	52,2%	58,1%
		% del total	44,2%	14,0%	58,1%
Total	Recuento	63	23	86	
	% dentro de DIAS <5 O MAS DE 5	73,3%	26,7%	100,0%	
	% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	73,3%	26,7%	100,0%	

*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

Se calculó el OR para estas dos variables obteniéndose un valor de 4.772 (Límites; 1.919 – 11.619) , lo cual establece la existencia de asociación entre las mismas, lo cual quiere decir que existe un riesgo de depresión 4.7 veces mayor en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados más de 5 días.

Adicionalmente para determinar la significancia estadística de esta asociación se calculó el X² de Pearson con un valor de 15.233 para estas variables y un valor de p=0.000 lo que demuestra que la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa.

Después de la corrección de Yates (puesto que la muestra es < a 200). la asociación entre las variables sigue siendo estadísticamente significativa.

Tabla No19. RR, IC y significancia de depresión dependiendo los días de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.

VARIABLE	RR	IC Límite Superior	IC Límite Inferior	Chi² yates	Valor P
DEPRESIÓN	4.772	11.619	1.919	13.27	0.000

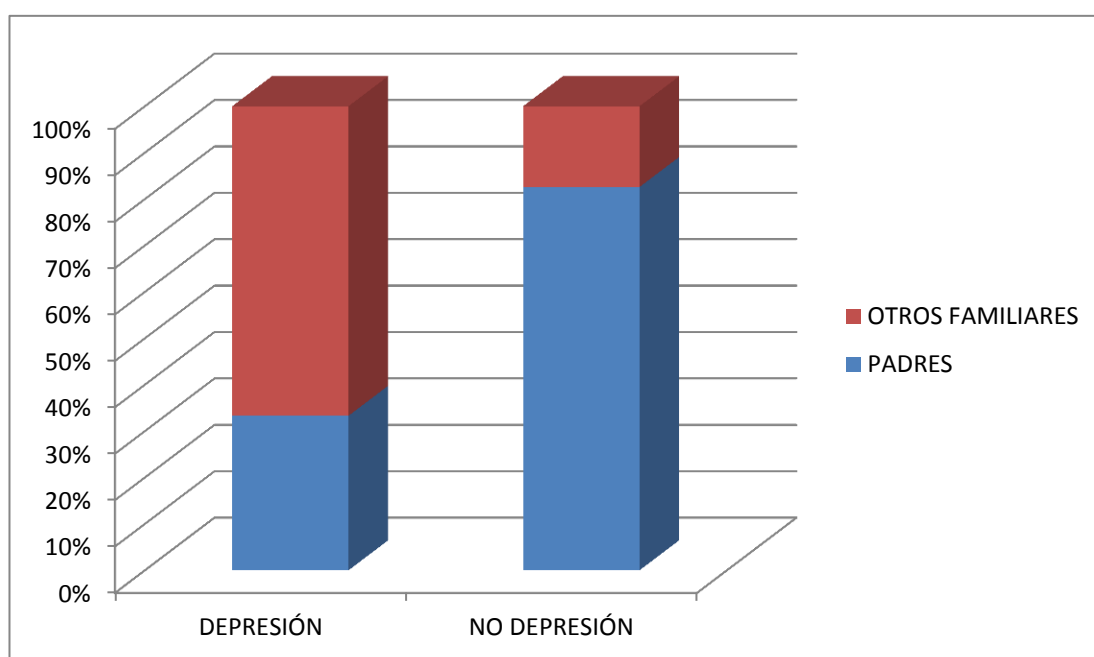
Fuente: Base de datos del presente estudio.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

4.3.4 RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR DEL NIÑO Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Del total de niños hospitalizados que estuvieron bajo el cuidados de sus padres (n=40), el 33.3 % (n=13) presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados que estuvieron bajo el cuidados de otros familiares (n=46), el 66.7% (n=30) presentaron depresión.

GRÁFICO No5. RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR Y GRADO DE DEPRESIÓN.



*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

TABLA No20. RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR Y GRADO DE DEPRESIÓN

***Tabulación cruzada**

			GRADO DE DEPRESIÓN		Total
			DEPRESIÓN	AUSENCIA DE DEPRESIÓN	
CUIDADOR	PADRES	Recuento	21	19	40
		% dentro de CUIDADOR	52,5%	47,5%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	33,3%	82,6%	46,5%
		% del total	24,4%	22,1%	46,5%
	OTROS FAMILIARES	Recuento	42	4	46
		% dentro de CUIDADOR	91,3%	8,7%	100,0%
		% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN	66,7%	17,4%	53,5%
		% del total	48,8%	4,7%	53,5%
Total	Recuento		63	23	86
	% dentro de CUIDADOR		73,3%	26,7%	100,0%
	% dentro de GRADO DE DEPRESIÓN		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		73,3%	26,7%	100,0%

*Fuente: Historias clínicas y Test realizados en el Hospital San Francisco de Quito.
Autoras: González E, Rosales K. 2015.*

Se calculó el OR para estas dos variables obteniéndose un valor de 6.291 (Límites; 2.337 – 16.931), lo cual establece la existencia de asociación entre las mismas, lo cual quiere decir que existe un riesgo de depresión 6.2 veces mayor en aquellos pacientes que se encuentran cuidados por otros familiares que no sean sus padres.

Adicionalmente para determinar la significancia estadística de esta asociación se calculó el X² de Pearson con un valor de 20.070 para estas variables y un valor de

$p=0.000$ lo que demuestra que la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa.

Después de la corrección de Yates (puesto que la muestra es $< a 200$), la asociación entre las variables sigue siendo estadísticamente significativa.

Tabla No21. RR, IC y significancia de depresión dependiendo el cuidador de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital San Francisco entre Noviembre 2014 – Febrero 2015.

VARIABLE	RR	IC Límite Superior	IC Límite Inferior	Chi² yates	Valor P
DEPRESIÓN	4.772	11.619	1.919	16.33	0.000

Fuente: Base de datos del presente estudio.

Autoras: González E, Rosales K. 2015.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El propósito de nuestro estudio fue evaluar los factores de riesgo que influyen en la aparición de depresión en los niños hospitalizados del Hospital San Francisco de Quito.

Con relación a la depresión, los resultados se presentaron a favor de nuestra hipótesis, es decir, existió en nuestro estudio una relación positiva entre aquellos factores sociales y hospitalarios y la presencia de depresión clínicamente significativa.

En la relación entre la edad de los niños y la presencia de depresión se encontró que el 41.3 % del total de niños hospitalizados de 7 a 11 años presento depresión, mientras que en los mayores a 11 años el 58.7% presentaron depresión, afirmando de esta manera lo encontrado en la bibliografía que menciona que el 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental antes de cumplir los 18 años y el 40% de los pacientes psiquiátricos adultos empezaron durante la infancia con la enfermedad (Rodrigo Alfagene, 2004). En un estudio realizado en Chile se encontró que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha

hospitalizado al menos una vez. De ellos entre un 10% a un 37% presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento.

En cuanto a la relación entre género de los niños y la presencia de depresión se encontró que del total de niños hospitalizados de sexo femenino el 46.1 % presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados de sexo masculino el 54% presentó depresión, dicho resultado no es estadísticamente significativo, lo cual nos indica que no es un factor de riesgo para presentar depresión, corroborando de esta manera con lo encontrado en la bibliografía donde se menciona que la razón de género es equivalente en los niños prepúberes y aumenta a una proporción de 2: 1 mujeres a hombres en la adolescencia. (Daniela Pasten, 2010). La media de edad para los niños de nuestro estudio fue de 11 años, razón por la cual la proporción entre hombres y mujeres que presentan depresión es equivalente.

Como se observa en los resultados el que los padres no estén al cuidado de sus hijos durante la hospitalización y los dejen bajo el cuidado de otros familiares genera un mayor porcentaje de depresión. Del total de niños hospitalizados que estuvieron bajo el cuidado de sus padres (n=40), el 33.3 % (n=11) presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados que estuvieron bajo el cuidado de otros familiares (n=46), el 66.7% (n=31) presentaron depresión. Lo cual se podría explicar según el

autor Spitz por un síndrome llamado hospitalismo, que según el autor son todas aquellas reacciones emocionales y conductuales que puede sufrir un niño/a que tiene que ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa. (Ana María Díaz Bello, 2014). Además, definió dos formas de carencias afectivas por separación la pasativa y la activa, lo cual nos indica que a pesar que el padre o madre pueda permanecer algunas horas con el niño durante la hospitalización, y luego la mayor parte del tiempo los deje bajo el cuidado de otras familiares, el niño de igual manera va a sentir esa separación de sus padres y se vuelve más vulnerable a presentar depresión.

En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. Afirmaciones confirmadas con el presente estudio donde se encontró que del total de niños hospitalizados más de 5 días, el 60.3 % presentó depresión, mientras que de los niños hospitalizados menos de 5 días, el 39.7% presentaron depresión, mostrando una asociación estadísticamente significativa con un riesgo de depresión 4.7 veces mayor en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados más de 5 días. (Guerrero, 2010).

La enfermedad afecta a los niños no solo desde la dimensión física, sino también desde otras dimensiones como la psicosocial. Se investigó la frecuencia de patologías por las que son ingresados los niños en el Hospital San Francisco de Quito, observando que del total de niños hospitalizados por causas clínicas el 65.1 % presentó depresión, mientras que los niños hospitalizados por causas quirúrgicas el 34.9% presentó depresión, observándose de esta manera que existe un aumento en la frecuencia de depresión en niños hospitalizados por causa clínica pudiéndose asociar a que esta población de pacientes permanecen hospitalizados por más días, debido a que la duración del tratamiento es mayor que la de los niños ingresados por patologías quirúrgicas. Como se explica en un artículo en donde señala que los pacientes ingresados con enfermedad clínica el trastorno de depresión asciende hasta un 20-25%, y merece una atención especial, ya que al existir un trastorno del ánimo, el tratamiento de la enfermedad clínica se vuelve más complejo, los costos y números de reingresos aumentan, la adherencia al tratamiento disminuye y el pronóstico se vuelve menos favorable (Crespo, 2001).

Fonseca en su estudio señala que el número promedio de días de estancia en el servicio de medicina, en los diferentes hospitales Regionales de Costa Rica en el período 1999-2006 fue de 7 a 12 días mientras que el número promedio de días de estancia en el servicio de cirugía, fue de 2 hasta 6 días. (Fonseca, 2008).

En cuanto a la prevalencia de depresión se observó que el 73.3 % de los niños entrevistados presento depresión, mientras que el 26.7% no la presentó.

Para (Castilla C, 2011), y (Sánchez A, 2013), los principales estresores presentes durante la hospitalización infantil son: la propia enfermedad, el dolor, el entorno hospitalario que resulta no familiar, las exposiciones a procedimientos médicos invasivos, la separación de los padres, familiares y amigos, la ruptura de la rutina vital, todos estos cambios, son asimilados por el niño, quien tiene además que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio, quienes, revestidos de un estatus especial, examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, en ocasiones, molestas o dolorosas. A la tristeza que siente por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento, por estar en un medio pobre en estímulos, con un ritmo monótono y repetitivo, (MSc. Omar Cruz Martín, 2014) situación que semeja a la encontrada en este estudio razón por la cual se corrobora dichas afirmaciones ya que se encontró que el 40.7% de la población estudiada presentó depresión moderada, y el 32.6% presento depresión severa.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- No se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y depresión, estableciendo así que la edad no es un factor de riesgo para presentar depresión. Lo cual se puede justificar debido al tamaño pequeño de la muestra, lo cual no permite hacer una asociación entre estas dos variables.
- Se observó mayor frecuencia de depresión en pacientes de género masculino, pero el pertenecer al sexo masculino no representa un factor de riesgo estadísticamente significativo.
- Se determinó una mayor prevalencia de depresión dentro del grupo de pacientes ingresados por causas clínicas. Esto es debido al tiempo de hospitalización en patologías clínicas incrementando el riesgo de presentar depresión.
- Se obtuvo un porcentaje más alto de pacientes con depresión dentro del grupo de pacientes hospitalizados más de 5 días y de acuerdo a las pruebas estadísticas aplicadas se confirmó una asociación positiva entre el tiempo de hospitalización y la depresión manifiesta en la población estudiada; lo que va a favor de las hipótesis establecidas en esta investigación.

- Se demostró mayor nivel de depresión en pacientes hospitalizados que permanecieron bajo el cuidado de otros familiares que no fueran sus padres, comprobando que el estar sin el cuidado de sus padres es un factor de riesgo estadísticamente significativo para presentar depresión.
- Los niños y adolescentes hospitalizados presentaron un alto porcentaje de depresión, el 73,7% de todos los estudiados, porcentaje mayor que el presentado por todos los estudios de depresión en niños.
- El nivel de depresión que más se presentó en niños y adolescentes hospitalizados fue depresión moderada en un 40.7%.

RECOMENDACIONES

- La depresión es una enfermedad que influye en la morbilidad del paciente, el pronóstico de su enfermedad y que implica mayores gastos para el hospital, al ser diagnosticada debería ser tratada idealmente por un especialista (profesional en salud mental con experiencia en pacientes pediátricos), el cual se recomienda a las autoridades del hospital tomar en cuenta, a su vez implementar programas sobre servicios de terapia psicológica para la atención de los niños que permanecen ingresados por periodos prolongados en el Hospital.
- La intervención psicosocial no sólo debe estar destinada al niño, sino es también muy importante, que esté dirigida a los progenitores, por las repercusiones que la conducta de estos puede tener sobre su hijo.
- Insistir en el esfuerzo por parte del personal sanitario en favorecer el bienestar integral infantil durante la hospitalización mediante: el trato agradable, la potenciación de actividades lúdicas en la medida de lo posible, la facilitación de información sobre los procedimientos, las actividades y los acontecimientos en el transcurso de la hospitalización para facilitar la comprensión por parte del niño y de sus padres.

- Siendo la depresión una enfermedad frecuente en los pacientes hospitalizados se recomienda en ellos el uso sistemático de escalas diagnósticas como la autoaplicada para la medida de depresión Children's Depression Inventory, utilizada en el presente estudio, como prueba de tamizaje de esta enfermedad. Para detectar y tratar los casos de los niños que presenten depresión de una manera oportuna y eficaz.
- Se sugiere implementar en el servicio de pediatría del Hospital San Francisco de Quito un área lúdica donde los niños puedan jugar, distraerse y compartir con otros niños del servicio, además se sugiere la readecuación de las habitaciones haciéndolas apropiadas para la edad de los pacientes para mejorar la calidad de la estancia hospitalaria y que de esta manera el niño no asuma a la hospitalización como una experiencia traumática ni como un factor que le separe de su entorno familiar y social.
- Se recomienda realizar más estudios acerca de este tema con una población mayor o por un periodo de tiempo más extenso para confirmar o no los resultados del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Acosta-Hernández, M. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo archivo neurociencias mexico.
2. Ana Maria Díaz Bello, A. A. (2014). Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en niños hospitalizados en el hospital infantil napoleon franco pareja de la ciudad de Cartagena.
3. Argimón Pallás J. (2000). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Harcourt; p. 265-272. 2000.
4. Balhan Eisa, A. (2006). The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth. Social Behavior and Personality, 34, 4, 351-366.
5. Baraibar, R. (1997). "Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales oficina del libro montevideo 1997. montevideo.
6. Bausá., L. R. (2011). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. España: Revistas de la Universidad Castilla- la mancha > Docencia e investigación > Número 2 .
7. Benjet C, B. G.-M. (2004). La depresion con inicio temprano prevalencia, curso natural latencia para buscar tratamiento Mexico.
8. Bermúdez Ma. Paz, B. (2004). Manual de Psicología Infantil.
9. Bhatia S, (2007). Childhood and Adolescent Depression. Omaha, Nebraska.
10. Burgos,M. (2003). Percepción de Violencia de los Pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina interna en un hospital publico. Ciencia y Enfermería.
11. Canals J, M.-H. C. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. Europ Child Adolesc Psychiatry. 1995;4(2):102-11. .
12. Carlos Gomez Restrepo. (2006). Psiquiatria clinica diagnostico y tratamiento en niños adolescentes y adultos. panamericana 3ra edcion.

- 13.** Castilla C (2011). Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: a longitudinal analysis. . European Journal of Psychotraumatology.
- 14.** Costello EJ (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence Arch Gen Psychiatry. 60:837-44. .
- 15.** Crespo (2001). Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados España: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/download/230/192>.
- 16.** Daniela Pasten (2010). El rol del género en la prevalencia y autorreporte de diagnóstico clínico de depresión en Chile.
- 17.** Davanzo, P. K. (2004). Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. Child Psychiatry and Human Development, 35, 1,75-92.
- 18.** Escriba R (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes Actas Españoles de Psiquiatria. 2005. pag 298-302.
- 19.** Fernandez, F.A. (2011). Cuestionario estructural tetradimensional para la depresion. Madrid: 6ta edicion.
- 20.** Fernandez, M. L. (1995). Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. España: Vol pediatria36 235-240.
- 21.** Fernández, P. G. (2010). Paciente pediátrico hospitalizado. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina UDELAR.
- 22.** Figueroa, P. E. (2012). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos (depresion y distimia) en la infancia y adolescencia.
- 23.** Fonseca, L. D. (2008). Redefinición de Estándares de las Estancias Promedio Hospitalarias segun Complejidad de la Morbilidad en los servicios de Medicina y Cirugia del Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Alfaro_Fonseca_Luis_TS_SA.pdf.
- 24.** Fuente, E. I. (2013). International Journal of Clinical and health Psychology. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90218627&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=355&ty=53&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=355v13n03a90218627pdf001.pdf.

25. Garber J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med.*;31(6 Suppl 1):104-25.
26. Grau Rubio, C. y.-P. (2002). Intervención Psicoeducativa en adolescentes con tumores del sistema nervioso central. *Educación y Desarrollo y Diversidad*, 5 (2) 123-152.
27. Guerrero, R. P. (2010). El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud. *Revista UNIMAR*.
28. Herrera, E. (2003). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. Buenos Aires (Argentina).
29. Galicia (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia. Galicia: . Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
30. Iruela Cuadrado L (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *nf Ter Sist Nac Salud*. 2009;33:35-8.n6.
31. Isabel López Naranjo, A. F. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje . Granada: Hospital Comarcal de Antequera (Málaga) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.Universidad.
32. Ivarsson, T. (2006). The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 60, 3, 220-226. .
33. Kashani J, C. G. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*,144: 931-934.
34. Kovacs M, F. T.-N. (1984). A longitudinal study of the risk for subsequent major depression. *Depressive disorders in childhood Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:229-37.
35. Lizasoáin, O., & Ochoa, B. U. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Pamplona.
36. Loubat. (2008). Aproximación a la depresión infantil por parte de los psicólogos que trabajan en COSAM de la región Metropolitana. Scielo.
37. M.García. (2003). Depresión infantil. ESPAÑA: En: página web: xi jornadas abulenses de educaicon para la salud <http://www.cfieavila.com/jornadas%20salud/salud/dep>.

38. March J, S. S. (2004). et al. Fluoxetine, Cognitive- Behavioral therapy, and their combination for adolescent with depression. Treatment for Adolescent with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 292:807-20.
39. MSc. Omar Cruz Martín, L. M. (2014). Caracterización emocional de niños escolares hospitalizados con enfermedades crónicas. Cuba : Rev Cubana Pediatr.86(4).
40. OMS.(2012).TRASTORNOS MENTALES.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/.
41. Ortigasa. (2000). Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. Madrid: Biblioteca Nueva. 230 p.
42. Perez J, R. C. (2011). Trastorno Depresivo Mayor en Niños Adolescentes. España.
43. Reinblatt SP, C. B. (2002). The many faces of depression in children and adolescent. : American Psychiat American Psychiatric J Child Adolesc Psychophar. Washington.
44. Ricardo Garcia S, F. D. (2005). Hospitalizacion en niños y adolescentes. España clinica las Condes: VOL16 n°4.
45. Richardson LP, K. R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. . Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 35(1):6-24.
46. Rojas., A. K. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. revista pediatria electronica: Vol 6, N° 1, Abril 2009 <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>.
47. San Sebastián Cabasés J, T. A. (1993). Trastornos depresivos en la adolescencia. Rev Esp Pediatr.;49:193-212.
48. Sánchez A, J. J. (2013). Attentional disengagement predicts stress reactivity in depression: an eye-tracking study. Journal of Abnormal Psychology. 2013;122:303-13.
49. Sorensen, M. F. (2005). The Children's Depression Inventory and classification of major depressive disorder: validity and reliability of the Danish version. European Child & Adolescent Psychiatry,.
50. Trapero, M. A. (Noviembre 2008). "LA DEPRESIÓN INFANTIL". Granada.

- 51.** Twenge, J. M. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory a meta-analysis. . Journal of Abnormal Psychology, 111, 4, 578-588. .
- 52.** Vessey, J. (2003). Children' s psychological responses to hospitalization.
- 53.** Vicente, A. y. (2003). Una aproximación a la historia de la Educación Especial. Murcia.

ANEXOS

ANEXO (1)

TEST CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando.
<input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces.
<input type="checkbox"/> Estoy triste siempre. | <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando. |
| 2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien
<input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
<input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien | 11. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre
<input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces.
<input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando. |
| 3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas.
<input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas
<input type="checkbox"/> Todo lo hago mal | 12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente
<input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente
<input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente. |
| 4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas
<input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas
<input type="checkbox"/> Nada me divierte | 13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme
<input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme
<input type="checkbox"/> Me decido fácilmente |
| 5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre
<input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces
<input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces | 14. <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto
<input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
<input type="checkbox"/> Soy feo |
| 6. <input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
<input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas.
<input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles | 15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
<input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
<input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes |
| 7. <input type="checkbox"/> Me odio
<input type="checkbox"/> No me gusta como soy
<input type="checkbox"/> Me gusta como soy | 16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme
<input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme.
<input type="checkbox"/> Duermo muy bien |
| 8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía.
<input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía.
<input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. | 17. <input type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando
<input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días
<input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre |
| 9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme
<input type="checkbox"/> pienso en matarme pero no lo haría
<input type="checkbox"/> Quiero matarme. | 18. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer
<input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer
<input type="checkbox"/> Como muy bien |
| 10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días
<input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días | 19. <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
<input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
<input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad |
-

20. ☐ Nunca me siento solo.
☐ Me siento solo muchas veces
☐ Me siento solo siempre
21. ☐ Nunca me divierto en el colegio
☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
☐ Me divierto en el colegio muchas veces.
22. ☐ Tengo muchos amigos
☐ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
☐ No tengo amigos
23. ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno.
☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
☐ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
☐ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
☐ Soy tan bueno como otros niños.
25. ☐ Nadie me quiere
☐ No estoy seguro de que alguien me quiera
☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. ☐ Generalmente hago lo que me dicen.
☐ Muchas veces no hago lo que me dicen.
☐ Nunca hago lo que me dicen
27. ☐ Me llevo bien con la gente
☐ Me peleo muchas veces.
☐ Me peleo siempre.

ANEXO (2)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a REPRESENTANTES LEGALES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO DE 7 -14 AÑOS DE EDAD a quienes se les invita a participar en la investigación: “ DEPRESION EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DE 7-17 AÑOS Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO – IESS EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO 2015”

Nosotros somos estudiantes egresadas de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y estamos investigando sobre la depresión en niños hospitalizados que es muy común en este país.

Les vamos a brindar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación, puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a cualquier miembro del equipo de investigación.

La depresión está definida como un trastorno del estado de ánimo en quien existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de perdida de interés por actividades que antes realizaba.

Es un trastorno frecuente en el paciente hospitalizado que puede influir de forma negativa en el diagnóstico, evolución, y tratamiento de su enfermedad, razón por la cual se ha llevado a cabo la presente investigación que tiene como principal propósito conocer el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el hospital San Francisco de Quito.

Esta investigación incluirá una única aplicación del Test Children's Depression Inventory a partir del tercer día de hospitalización del niño. Este test es una evaluación psicológica que evalúa la gravedad de los síntomas relacionados con la depresión y / o trastorno distímico en niños y adolescentes. Tiene 27 ítems cada uno de los cuales ofrece al niño la posibilidad de elegir entre 3 alternativas que reflejan la severidad de cada síntoma.

Estamos invitando a participar en este estudio a todos los niños hospitalizados de 7 a 17 años, a partir del tercer día desde su ingreso hospitalario en el periodo comprendido desde noviembre 2014 hasta febrero 2015

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta casa de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance al público y nadie sino solo los investigadores tendrán acceso a verla.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética institucional, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

